FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1919

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Anna LEMOINE

De la Faculté de Médecine de Paris,
Interne en Médecine à la Maison Nationale de Santé de Charenton.

RAPIDITÉ ANORMALE D'ÉVOLUTION

DE LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

CHEZ LES COMBATTANTS

ETUDE DE PSYCHIATRIE DE GUERRE

Président : DUPRÉ, *Professeur.*

PARIS
LE FRANÇOIS, LIBRAIRE
9 ET 10, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1919

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER — ASSESSEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique	N.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Bactériologie	BEZANCON
Pathologie interne	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD, N.
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, BIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	Auguste BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN.
Clinique des maladies infantiles	TEISSIER

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ (A
BRUMPT	LABBÉ (Henri)	MULON	SICART
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MERE

A MON MARI

A MES ENFANTS

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MIGNOT

Médecin en Chef de la Maison Nationale de santé de Charenton,

Qui a mis à ma disposition les éléments de ce travail.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUPRÉ

Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur,
Médecin des Hôpitaux,
Médecin en Chef de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. les Docteurs CHAUFFARD, Hôpital Cochin.
ACHARD, Hôpital Necker.
THIERRY, Hôpital Tenon.
KIRMISSON, Hôpital des Enfants-Malades.
PINARD, Clinique Baudelocque.
POZZI, Hôpital Broca.
THIROLOIX, Hôpital de la Pitié.
SCHWARTZ, Hôpital Cochin.
DELBET, Hôpital Necker.

Introduction.

Les cataclysmes sont, de notion courante, des facteurs étiologiques d'affection mentale.

Une statistique dressée par Lunier prouve que les événements de 1870-71 ont occasionné en France l'explosion de 1.800 cas de folie : « fonctionnaires écrasés de « travail et pliant sous le poids des responsabilités qui « leur incombaient ; maires maltraités par l'ennemi et « menacés d'être fusillés ; comptables dépouillés des « deniers publics ; gens terrifiés à l'idée qu'ils allaient « être enrôlés dans les armées ; parents et épouses « consternés du départ de leurs enfants et de leurs « maris.

« A ces causes, il convient de joindre les émotions « causées par l'invasion, le pillage, l'incendie, l'inquié- « tude, causée par la brusque disparition d'une sécurité « et d'une prospérité inconnues jusqu'alors.

« C'est dans les départements qui n'ont été que momen- « tanément occupés et où par conséquent la lutte a été « la plus acharnée, que les événements de guerre sem- « blent avoir eu le plus pénible retentissement ».

C'est ainsi que la guerre actuelle a entraîné, depuis le début des hostilités, une recrudescence des cas de

folie : le développement des maladies mentales a trouvé un champ favorable dans les milieux du Front, et nous avons pu constater, d'une façon générale, que les classes de la société les plus affectées furent l'élément militaire de carrière autant que le fort contingent des civils militarisés. Au contraire, l'élément civil, proprement dit, fortement abrité par la ligne, longtemps réputée immuable et intangible des tranchées, ne semble pas avoir autant souffert qu'en 1870. Il faut admettre que sur le front de bataille, tous les militaires de carrière ou mobilisés qui, en grand nombre, ont été brusquement arrachés à leurs foyers et à leurs habitudes ont beaucoup souffert. Ils ont dû laisser leurs familles en pays envahis ou dans des contrées lointaines. Ils ont subi, en outre, des tourments moraux si bien décrits par Lunier, toutes les souffrances physiques qui sont l'apanage des soldats et officiers qui vivent dans les premières lignes de tranchées.

Nous sera-t-il nécessaire d'exposer la vie particulière des hommes, qui occupent les premières lignes? Devrons-nous énumérer le manque de confort et d'hygiène dans lequel ils sont obligés de vivre? Faut-il rappeler l'insomnie et les fatigues de toutes sortes, le repos dans la paille humide, le surmenage, les émotions, les intoxications que, journellement, l'officier ou le soldat doivent supporter?

Nous n'oublierons pas non plus de signaler les méfaits de l'éthylisme et de l'œnophilie qui « usent » les systèmes nerveux les mieux équilibrés et qui « brûlent » les organismes les mieux constitués. « Celui-là présente

toutes les chances de devenir paralytique général, qui ayant des antécédents cérébraux contracte la syphilis et l'arrose d'alcool » (M. Vallon).

« La fatigue et le surmenage physique, l'insuffisance « de sommeil, les émotions, la conscience de l'insécu- « rité si propre à engendrer l'angoisse et l'anxiété, chez « les prédisposés » (Damaye) ne sont pas sans venir s'ajouter aux causes physiques et aux facteurs physiologiques dont nous cherchons à montrer les effets.

Il faut aussi faire une part à l'alimentation défectueuse, irrégulière, à l'abus des conserves et de la viande favorisant les gastro-entérites de toute nature. Signalons enfin le rôle appréciable de la constipation et des auto et hétéro-intoxications.

Le Professeur Dupré a décrit sous le nom de « consti- « tution émotive » un mode particulier de déséquilibre « du système nerveux caractérisé par l'éréthisme diffus « de la sensibilité générale, sensorielle et psychique, « par l'insuffisance de l'inhibition motrice, réflexe et « volontaire et se traduisant par des réactions anormales « dans leur degré, leur diffusion, leur durée, leur dis- « proportion avec les causes qui les provoquent.

« Le plus souvent constitutionnelle et d'origine héré- « ditaire, l'émotivité morbide peut être requise et relever « des causes pathogènes infectieuses, toxiques et sur- « tout traumatiques, commotions et émotions intenses « et répétées.

« Chez certains sujets prédisposés dès l'enfance, « l'émotion ne fait que croître. Par le fait d'une éduca-

« tion prolongée chez d'autres, elle peut décroître et « bénéficier d'une accoutumance progressive.

« L'émotion, ajoute le Professeur Dupré, sensibilise « souvent le système nerveux vis-à-vis des émotions « ultérieures, et par une sorte d'anaphylaxie émotive « peut créer l'émotivité constitutionnelle.

« Toute une série de symptômes tant physiques que « psychiques caractérisent très nettement la constitu- « tion émotive.

« Ainsi peut s'affirmer l'existence d'une pathologie « autonome de l'émotivité dont l'histoire médico-légale « des grandes catastrophes et des accidents du travail « avait démontré la légitimité et l'importance, et que la « guerre actuelle a enrichie d'une documentation expé- « rimentale si abondante, si variée et si décisive. Et « cette pathologie de l'émotivité qui repose, non sur des « lésions organiques mais sur des déséquilibres fonc- « tionnels est dominée par la notion de la constitution « émotive congénitale ou acquise ».

Or cette influence des facteurs émotionnels sur des déséquilibres fonctionnels intervient-elle dans l'éclosion de la P. G., *affection organique du cerveau* dont la syphilis parait être la cause essentielle sinon exclusive.

Oui, dit M. le Dr Mignot chez certains syphilitiques prédisposés à la P. G. des agents pathogènes multiples (émotions, surmenage intellectuel, auto et hétéro-intoxications, traumatismes) exercent une action réelle sur l'éclosion des lésions organiques du cerveau et, de plus, précipitent et hâtent l'évolution de la P. G. qui prend un caractère galopant.

A l'appui de son opinion, M. le Dr Mignot nous dit que « dans les antécédents de 20 p. 100 des officiers « paralytiques en temps de paix, il a retrouvé l'existence « de traumatismes crâniens le plus souvent consécutifs « à des chutes de cheval ».

L'insolation a été relevée dans l'antécédent de 10 p. 100.

Dès le temps de paix, il est toute une catégorie de militaires qui vivent dans des conditions particulièrement défectueuses qui se rapprochent de celles de l'état de guerre : ce sont les coloniaux ; aussi la P. G. est-elle, chez eux, plus commune que chez leurs camarades de la métropole.

« Parmi les 20 derniers officiers paralytiques traités à la Maison de Charenton avant la guerre, 7 appartenaient à l'armée coloniale et avaient enduré les fatigues anémiantes du séjour dans les pays chauds, les infections et intoxications de la vie coloniale et quelques-uns, les dangers et les émotions non négligeables de la guerre contre les indigènes » (Docteur Mignot).

Pendant la guerre, l'influence des facteurs étiologiques qui se fait sentir déjà de façon importante dès le temps de paix chez les militaires en général, et chez les coloniaux en particulier, se trouve accrue dans des proportions considérables, si l'on en juge d'après les statistiques de la Maison nationale de santé de Saint-Maurice.

A Charenton, la P. G. augmente au fur et à mesure que la guerre se prolonge.

De 19 p. 100 en 1914-15, la proportion passe à 29 p. 100 en 1916 et à 34 p. 100 en 1917 et à 34 p. 100 en 1918 également.

On oppose des statistiques différentes, celle de M. Delmas, par exemple, prise dans le Centre de psychose du Val-de-Grâce.

SERVICE DES HOMMES DE TROUPE

ANNÉES	ENTRÉES	P. G.	POURCENTAGE
1915	1.553	56 cas	3.60
1916	3.121	169 cas	5.4
1917 (4 mois)	1.197	69 cas	5.7

SERVICE DES OFFICIERS

1915	79	9 cas	11.4
1916	113	16 cas	13.60
1917	37	3 cas	8.10

Les deux statistiques, celles des Docteurs Mignot et Delmas, sont entachées, il faut le reconnaître, d'un vice originel : elles sont limitées et non générales à toute la France.

Il faudrait pouvoir réunir les statistiques de tous les asiles et établissements de France où les P. G. militaires ont été internés depuis 1914 pour établir d'une façon précise le pourcentage certain.

Parmi les preuves que M. Mignot apporte pour défendre son opinion, il en est une qui m'a particulièrement frappée : c'est celle de l'influence de la guerre sur l'évolution de la P. G. chez les combattants, et c'est à l'exposé de cette idée que j'ai consacré mon travail.

CHAPITRE I

Durée d'évolution de la Paralysie Générale.

La P. G. dure en général 3 à 4 ans, quelquefois plus, quelquefois moins.

Bayle, qui décrit dès 1822 la P. G. en tant qu'entité morbide nouvelle estimait sa durée de 10 mois à 1 an et demi. Calmeil (1826) dit que certains paralytiques vivent 8 mois, 1 an, 18 mois, d'autres résistent 2 à 3 ans, rarement au delà; la moyenne des malades aurait, d'après cet auteur, vécu 13 mois. Esquirol (1831), le premier, décrit chez des malades atteints de démence, des paralysies accompagnées d'embarras de la parole dont il fait un élément de pronostic important permettant de prévoir une terminaison fatale; il donne, comme durée moyenne de la maladie de 1 à 3 ans. Parchappe lui donne comme durée moyenne 2 ans, 23 mois et 4 jours.

Marcé (1862) donne à la maladie comme limites extrêmes, 3, 4 ans et plus.

Falret (1873) lui reconnait en moyenne une durée de 3 ans et comme limite extrême 4 ans.

Foville trouve une moyenne de 2 ans et 3 mois.

Christian, Ritti (*Dictionnaire encyclopédique*, 1884) estiment que la durée varie de 3 à 5 ans.

Régis admet une durée moyenne de 2 à 3 ans pour l'homme, de 3 à 4 ans pour la femme, toutefois dans les formes intermittentes et dans la forme alternante la durée peut être 7, 8, 10 ans et plus.

Linstof croit que 75 p. 100 des malades sont morts après 2 ans.

Kraft Ebing estime que la durée totale est difficile à établir d'une façon précise en raison des variétés symptomatiques du début, du peu d'accentuation des symptômes prodromiques qu'il est toujours délicat de préciser; cependant il croit qu'en moyenne la durée peut être fixée à 3 ans; elle serait plus longue chez les personnes âgées.

Les cas dus à un épuisement intellectuel ou à un trauma-capitis semblent avoir une plus longue durée que ceux qui ont été amenés par suite d'excès (in Baccho et Venere).

Christon Brown admet une durée de 4 ans.

Pour Kirschoff, elle serait de 3 ans; pour Kroepelin de 3 à 5 ans; pour Ziehen de 3 à 6 ans suivant les sexes, l'évolution étant, d'après cet auteur, de 5 à 6 ans chez la femme.

Pour Savage, la durée de la maladie est de 3 ans, pour Shankey de 5 ans, pour Kœnig de 30 mois, pour Mendel de 4 ans; cependant cet auteur signale huit cas ayant duré de 6 mois à 1 an, sur quatre-vingt-quinze cas qu'il a plus particulièrement étudiés.

Pour Schule, 2 à 3 ans en moyenne. Pour Hoel-

broener, cette durée moyenne est de 2 ans 7 mois et 3 semaines pour l'homme et de 2 ans 11 mois pour la femme.

Pour Magnan et Sérieux, elle serait de 8 ans; pour Charcot et Grasset, elle serait de 4 ans.

Enfin Ecart, dans une thèse de 1896, a publié un certain nombre d'observations de paralysie générale à longue durée. A ce point de vue, deux de ses observations, chez des hommes, signalent une évolution de 9 ans : deux autres, chez des hommes encore, donnent une durée de 13 ans; une autre, chez une femme, évolue en 12 ans; enfin, chez une femme, encore, l'observation rapporte que Br. Marie, âgée de 40 ans, tailleuse, est paralytique générale depuis 14 ans.

La durée de la maladie est donc plus ou moins longue, suivant les auteurs.

Cela tient-il à des connaissances plus approfondies de cette maladie ou à un diagnostic plus précoce, ou mieux au mode de traitement.

C'est ici l'avis de Trélat qui trouve que la lenteur ou la rapidité de la P. G. dépend en partie des soins dont on entoure les malades. « Les grands soins peuvent de « beaucoup reculer leur fin. Quand le paralytique est « une fois tombé dans la vie végétative, que les acci- « dents épileptiformes ou apoplectiformes qui le mena- « cent sont surveillés, qu'une propreté incessante pré- « vient les excoriations, que l'attention se porte, avec « les mêmes soins, sur les fonctions de son tube diges- « tif, qu'on veille à l'aération de son malade, à sa pro- « menade, l'existence peut durer fort longtemps ».

Trélat a pu éviter aux P. G. les attaques et convulsions pendant 7 ans.

M. le Docteur Mignot est parfaitement d'accord, sur ce chapitre, avec la manière de voir de Trélat.

Autrefois, à Charenton, les P. G. étaient maintenus levés aussi longtemps que leurs troubles parétoataxiques ne les rendaient pas impotents et les gâteux étaient maintenus durant de longues heures sur des chaises percées. Cette méthode avait parfois comme conséquences des prolapsus rectaux et hémorroïdaires.

M. le Docteur Mignot alite ses paralytiques dès que leur maladresse motrice est évidente, et il a pu constater dès lors une évolution ralentie et une survie notablement plus longue du malade, conséquence d'un état général meilleur. « Quelques-uns de nos malades ont ainsi survécu 15 ans ».

Les conditions générales d'hygiène apparaissent comme agissant d'une façon non douteuse, sur l'évolution de la maladie confirmée; il n'apparaît pas, dès lors, étonnant que des conditions défectueuses puissent intervenir dans l'éclosion et la rapidité avant que la maladie soit flagrante.

CHAPITRE II

Paralysie générale suraiguë ou galopante de Trélat.

Nous venons d'étudier l'évolution de la P. G. dans les formes habituelles et dans les formes brutes : parfois on observe une marche accélérée et en quelques mois, quelques semaines même, la maladie suit son cycle fatal.

Dans ces formes aiguës, on peut distinguer deux variétés :

a) Une première qui constitue un syndrome nettement particulier, distinct par bien des points de la P. G. commune dont la nature paralytique est discutable et discutée (Dupré) : je veux parler de la P. G. galopante de Trélat.

b) Une seconde variété de P. G. ou *paralysie générale à marche rapide* qui ne se distingue en rien, ou seulement par des nuances peu sensibles en somme, de la P. G. commune, c'est celle-là surtout que nous avons en vue et que nous avons observée chez les militaires.

Trélat, en 1855, décrivit une variété de méningo-

encéphalite qu'il nomma par analogie avec la phtisie galopante, « P. G. galopante ».

La P. G. galopante type Trélat, évolue dans un cortège de symptômes fébriles, ataxo-adynamiques délirants et tue le malade en quelques semaines, et même en quelques jours.

De plus, elle est caractérisée par une agitation extrême, un délire violent, de l'embarras de la parole ; le malade pousse des cris inarticulés ; le sommeil est difficile, sinon impossible ; les muscles de la face sont animés de tressaillements presque continuels, ceux des membres, de soubresauts incessants. Le pouls est fréquent : 110 à 130 pulsations et même au delà, la température s'élève à 40° et peut monter au-dessus. Le visage est rouge vultueux, les traits sont profondément altérés, la bouche est sèche, la langue rouge et couverte de fuliginosités ; le malade refuse les aliments et même les boissons ; il crache tout ce qu'on veut lui faire avaler.

A ces accidents aigus succède bientôt le coma, et la mort arrive généralement après un temps très court.

La P. G. galopante, type Trélat, est fébrile du début à la fin : elle a tout à fait l'allure d'une infection aiguë des centres nerveux supérieurs. Il est permis de se demander si dans les faits de ce genre il s'agit véritablement de P. G. ou si l'on n'a pas plutôt affaire à une méningo-encéphalite non spécifique, distincte au point de vue anatomique comme elle l'est au point de vue clinique.

D'après le Professeur Dupré, « de telles observations « se rapportent ou à des infections aiguës ou à des P. G.

« vraies subitement compliquées et terminées par l'in-
« tercurrence d'un processus infectieux.

« Il s'agit de toxi-infections aiguës fébriles d'origine
« plus ou moins déterminées à localisation cérébro-
« méningée, à évolution rapide et fatale qui rentrent dans
« le cadre du délire aigu et, qui par définition, ne peuvent
« rentrer dans celui d'une méningo-encéphalopathie
« chronique et apyrétique comme la P. G. ».

Tous les auteurs ne partagent pas l'opinion du Professeur Dupré. C'est ainsi que Brassert et Baccelli qui ont publié dès 1889 des cas de P. G. galopante, admettent l'entité de cette maladie.

L'un de leurs malades est un alcoolique chronique dont la maladie débute 15 jours avant l'entrée à l'asile et se termine 15 jours après par la mort en état de mal.

L'observation de Baccelli se rapporte à une hystérique qui meurt en quelques semaines d'une soi-disant P. G. aiguë.

Les caractères propres de la P. G. manquent donc.

Quelquefois, dit Voisin (1873), la maladie évolue avec une rapidité effrayante; toutes les périodes sont confondues et, en 1 mois, 15 jours, 8 jours même, on voit la mort survenir.

D'après lui, la P. G. aiguë peut débuter chez un individu sain jusqu'alors ; le malade est pour ainsi dire sidéré. Dès les premiers jours, il ne peut plus tenir sur ses jambes. Il arrive avec une rapidité surprenante à la période de cachexie qui appartient plus spécialement à la troisième période de la variété lente et qui se manifeste par des escharres siégeant sur les diverses parties

du corps. Le délire revêt soit le caractère d'une forme maniaque avec agitation, soit celui du délire hypochondriaque. L'intelligence est rapidement oblitérée et aucune idée ne se forme plus dans le cerveau. Cet organe est promptement désorganisé, et à l'autopsie, on trouve un ramollissement de la substance grise, plus ou moins prononcée dans les diverses circonvolutions.

D'après Kraft Ebing (1890), la P. G. galopante peut évoluer dans un délai de un mois à un an. « Il s'agit toujours de cerveaux malades chez lesquels un trauma psychique somatique, amène l'explosion de la maladie ».

Parmi les symptômes présageant une évolution rapide, on note : l'apparition précoce des troubles de l'écriture et dans les mouvements, les attaques paralytiques apparaissant de bonne heure et la température est élevée.

Krœpelin (1899), considère « que la P. G. galopante « se présente sous la forme agitée et cette variété est la « plus rare (11 p. 100). Après une excitation extrême, « le malade devient de plus en plus confus et inconsé- « quent ; il pousse des cris inarticulés, comme stéréoty- « piques, des sons inintelligibles, se jette par terre, « agite les pieds et les mains, a des insomnies, ne se « nourrit plus et recrache tout ce qu'on lui présente, « tombe dans le gâtisme et dans un amaigrissement « rapide, le pouls est petit et fréquent ; la température « élevée (38°-39°) due probablement aux excoriations de « la peau.

« Au bout de quelques semaines ou quelques mois, « après des attaques épileptiformes ou apoplectiformes « répétées, les mouvements deviennent incertains et

« tremblants. La bouche est sèche, les lèvres et langue « couvertes de fuliginosités. Des diarrhées profuses, « des sueurs froides et des escharres s'installent et le « malade meurt. » (Krœpelin. *Traité psychiatrique*. Edition 1899).

Lissauer, considère la P. G. galopante de Trélat comme une forme atypique.

Carrier et Martin (1901) disent que le délire aigu peut s'observer au début de la P. G. et dans des conditions telles qu'il est quelquefois difficile de l'en distinguer.

Régis (1901) propose de concevoir un type de P. G. temporaire pour tous les cas de P. G. aiguë où un état infectieux vient se surajouter à une P. G. vraie.

Selon le Professeur Dupré, Bucholz oppose avec raison les formes où l'évolution est rapide du début à la fin, à celles où une évolution aiguë vient précipiter la marche d'une progression lente jusqu'alors.

Rogues de Fursac (1903) se range à l'avis de Krœplin et rattache la « forme galopante » à la forme agitée caractérisée par de la confusion mentale, de la désorientation, des hallucinations, des troubles profonds de la nutrition, une évolution subaiguë et rapide conduisant le malade à la mort en quelques mois.

En résumé, tous les auteurs admettent dans son ensemble l'existence du type décrit par Trélat, mais ils sont d'accord pour déclarer que cette marche extrêmement rapide est due à l'intervention d'un processus infectieux qui vient compliquer la P. G. ordinaire.

CHAPITRE III

Évolution anormalement rapide de la P. G. chez les combattants.

L'influence du milieu et de la profession sur la P. G. nous parait avoir la plus grande valeur. Cette maladie nous semble devoir être plus fréquente et avoir une évolution plus rapide chez les militaires en général et chez les officiers en particulier.

M. Colin (Voisin, *Traité*, cité 325) avait déjà insisté sur la fréquence de la P. G. dans l'armée : « Chez les officiers, dit-il, la P. G. représente au moins les trois quarts des cas d'aliénation mentale ». Or l'aliénation, d'une façon générale, est relativement fréquente chez les officiers, tandis que chez les soldats elle est de :

0,31 pour 1000

chez les sous-officiers, la fréquence est exprimée par le rapport :

0,61 pour 1000

et chez les officiers, le rapport atteint :

1,31 pour 1000.

La guerre actuelle semble devoir confirmer les observations et statistiques de M. Colin. En outre, il nous a été donné de pouvoir constater depuis 1914, chez les

officiers, une marche foudroyante de cette maladie. Ce dont M. Colin ne parle pas, c'est de la courte durée de la maladie dans certains cas. Tandis que dans la méningo-encéphalite aiguë (type Trélat), l'état infectieux vient compliquer la maladie du début à la fin pour réaliser une modalité du délire aigu ; chez les combattants, une marche rapide et fatale remplace une évolution chronique habituellement lente.

Chez les combattants, la P. G. est une P. G. ordinaire, apyrétique, mais qui brûle les étapes. « La P. G. de la guerre brûle les étapes. Les malades meurent d'ictus rapides, très précoces et souvent avant la période de gâtisme (Lortat-Jacob). Les périodes se mesurent par des mois au lieu de se chiffrer par des années. En outre, l'évolution n'est pas sujette aux temps d'arrêts comme dans la forme ordinaire ; elle évolue sans rémission. »

Mais il convient de décrire avec plus de soin l'aspect clinique habituel de la P. G. chez les combattants.

A l'entrée, les malades se présentent le plus souvent dans un état confusionnel qui peut masquer l'importance de l'affaiblissement intellectuel.

Les réactions du malade dénotent tantôt et le plus fréquemment de l'exaltation, tantôt de la dépression et l'état organique révèle déjà un état de fatigue et d'épuisement qui nécessite l'alitement.

Bien qu'il n'y ait pas souvent de délire proprement dit, les paralytiques présentent une satisfaction béate et une tendance assez nette à l'optimisme.

Ils expriment des idées délirantes qui sont le plus souvent des idées de grandeur et de richesse, absurdes

et extraordinaires, rarement des idées mélancoliques.

Ces idées délirantes ne se présentent pas avec les caractères habituels de multiplicité, de richesse et de variabilité ; l'imagination est pauvre et se limite à des idées ambitieuses et de grandeur.

Le paralytique parle avec exaltation et avec une rapidité surprenante. Il passe d'un sujet à l'autre. Parfois il a des impulsions et des réactions violentes mais qui sont passagères.

Nous trouvons à l'admission, au point de vue somatique, tous les signes physiques classiques de la P. G., mais ils obéissent à cette règle de variabilité, qui est constante dans la P. G. chez les malades quels qu'ils soient.

L'embarras de la parole est accusé et apparaît surtout dans l'articulation des mots d'épreuves. Au cours de la conversation, des accrocs peuvent se renouveler assez fréquemment.

Parfois la langue présente des tremblements fibrillaires; d'autres fois, un tremblement très léger des lèvres, au moment de l'élocution.

L'examen des pupilles montre les troubles si variables habituellement observés chez les P. G. : inégalité, mobilité, altérées ou disparues à la lumière et à l'accommodation.

En ce qui concerne les réflexes tendineux, dans cer-cas ils sont abolis ; dans d'autres, exagérés, suivant la localisation anatomique des altérations du système nerveux.

En somme, au point de vue somatique, chez les mili-

taires paralytiques : à la première période, on trouve les signes habituels de la P. G. sans relever aucune particularité nouvelle.

Quand la phase aiguë est finie, c'est-à-dire lorsque l'agitation est terminée et que la confusion à la faveur du repos et du lit s'est dissipée, le malade entre dans sa 3e période, c'est-à-dire que l'affaiblissement démentiel est complet, que le psychisme est totalement dissocié et que les troubles paréto-ataxiques atteignent leur maximum d'intensité.

Tantôt inertes, indifférents, apathiques, tantôt agités, les malades se livrent à une activité automatique sur place, défont et refont leurs lits, jettent leur literie à terre, etc...

La sensibilité est notablement diminuée ; beaucoup se lacèrent la peau et paraissent insensibles.

Intellectuellement, ils n'existent plus. Ils sont indifférents au milieu et aux choses.

Le malade est fixé d'une façon irrémédiable dans ce degré d'affaiblissement intellectuel, qu'il a plus ou moins vite atteint.

La parole est tout à fait bredouillée, souvent inintelligible.

Les troubles moteurs ont atteint déjà leur maximum.

Les mouvements sont maladroits, la marche incertaine, presque impossible.

Le malade ne peut se nourrir seul.

Le gâtisme est habituel, complet et définitif.

Le paralytique tombe dans le marasme et succombe ; cette troisième période, ou phase terminale, a une évolu-

tion de quelques mois, durée qui diffère peu de celle observée chez les paralytiques ordinaires.

En somme, la P. G. des combattants semble escamoter la période d'état de la P. G. ordinaire et passe de la période confusionnelle du début à la période terminale de gâtisme et de démence.

Cette marche précipitée de la P. G. chez les combattants corrobore l'opinion de l'intervention de la guerre dans sa marche et par conséquent dans son éclosion. De plus, il est classique de dire que les commotions, les traumatismes dus à toutes sortes de causes diverses telles qu'explosions, chutes, ou chocs de toutes sortes, entrent en ligne et sont en cause.

A Charenton, nous avons eu l'impression d'un réel rôle étiologique de la guerre et la fréquence aussi bien que la rapidité de la marche de la P. G. chez les officiers combattants entrés à l'asile depuis 1914, nous a surpris.

Les statistiques du Dr Mignot que je vais rappeler plus loin, montrent l'influence de ces facteurs dans l'évolution précipitée de cette maladie organique du cerveau.

Chez 16 officiers n'ayant pas pris part à la guerre, la durée moyenne de la P. G. a été de 36 mois.

Dans un seul cas sur 16, l'évolution a été inférieure à 1 an.

Chez les officiers ayant pris part aux opérations de la guerre ou ayant vécu dans la zone de l'avant, sous le feu de l'ennemi un temps appréciable plusieurs mois, l'évolution a été la suivante :

4 fois, la durée, a été inférieure à 6 mois.
3 — — 12 —
4 — supérieure à 1 an.

Ainsi, sur 11 cas de P. G. chez les combattants, 7 ont évolué d'une façon anormalement rapide :

Pour ces 11 officiers, la durée de la P. G. a été en moyenne de 10 mois.

M. le Docteur Paris, médecin en chef de l'Asile de Maréville et chargé de cours à la Faculté de Nancy, a observé, du mois d'Août 1914 au 31 Décembre 1916, 55 soldats atteints de P. G.

« De ces 55 soldats, 35 sont décédés à l'Asile de Maréville après un temps de :

Moins d'un mois pour 7 cas
de 1 à 3 — — 4 —
de 3 à 6 — — 9 —
de 6 à 9 — — 4 —
de 9 à 12 — — 3 —

« Huit seulement ont survécu plus d'un an.

M. Paris déclare lui aussi que l'évolution de la P. G. est plus rapide qu'en temps ordinaire. Il fait remarquer que tous les malades présentaient à leur arrivée les symptômes de la seconde période de la maladie.

Dans le service de M. Rogues de Fursac, la durée moyenne du séjour des P. G. évacués du front est de 8 mois; l'un d'eux qui était resté 10 mois au front est mort en 8 semaines; un autre qui a été 2 ans au Tonkin et 2 mois au front, est mort en 9 semaines.

A cette statistique nous pouvons en ajouter une, personnelle, se rapportant aux militaires de tous grades

Nous possédons une douzaine d'observations sur « la P. G. galopante » et nous ne présentons que des cas étudiés, chez les combattants depuis le début de la guerre.

Dans l'observation	I	la durée de l'évolution		est de	8 mois
—	II	—	—		10 —
—	III	—	—		3 —
—	IV	—	—		7 —
—	V	—	—		13 —
—	VI	—	—		5 —
—	VII	—	—		3 —
—	VIII	—	—		12 —
—	IX	—	—		4 —
—	X		—		5 —
—	XI	—	—		4 —

OBSERVATIONS

Obs. I.

Résumé. — Sous-lieutenant Edmond, 17 mois de front.
Premiers signes de troubles mentaux, fin Juillet 1916.
Internement le 27 Juillet 1916.
Décédé le 17 Mars 1917.
Durée : 8 mois.

Edmond, âgé de 42 ans, marié, père de 2 enfants, sous-lieutenant de carrière, entre à la Maison Nationale de Santé, le 27 Juillet 1916.

Parti le 2e jour de la mobilisation générale, il est demeuré en Algérie jusqu'en Février 1915.

Arrivé en France en Février de la même année, le jour même, il rejoint le front.

Prend une part active aux combats d'Artois (15, 16, 17 et 18 Juillet 1915), à la bataille de Champagne (du 25 Septembre au 10 Octobre 1915) et ne quitte le front qu'après les combats de la Somme, en Juillet 1916.

Selon ses chefs, et aussi d'après les renseignements fournis par l'intéressé et par sa famille, le lieutenant Edmond aurait joui *d'une santé parfaite jusqu'en Juin 1916*. Ci-joint l'attestation du Chef de Bataillon Commandant le e Régiment de zouaves de marche et du Médecin-major du même Régiment :

« Ayant pris le commandement du e Bataillon du « e Régiment de zouaves de marche au mois d'Octobre 1915,

« j'ai eu sous mes ordres, comme chef de section, le lieute-
« nant Edmond. Cet officier a très bien assuré son service
« jusqu'au mois de Juin 1916, donnant des preuves d'une
« grande résistance physique et d'un parfait équilibre
« mental.

« A partir de cette époque, sans doute à la suite des
« fatigues subies depuis le début de la campagne, le lieute-
« nant Edmond a manifesté une sérieuse dépression physique
« qui s'est compliquée de troubles mentaux, vers le milieu
« de Juillet, après les combats, sur la Somme. Son état s'est
« rapidement aggravé au point que les médecins du Corps
« ont jugé nécessaire son évacuation sur un établissement
« hospitalier de l'Intérieur ».

« Mon opinion sur l'origine de la maladie du lieutenant
« Edmond paraît se trouver confirmée par l'attestation ci-
« jointe du Médecin-Major. »

Le Chef de Bataillon Commandant
le e Bataillon du e Zouaves de Marche.
Signé : X...

. . . . . .

Secteur Postal 19, le 15 Janvier 1917.

« Comme Médecin Chef du service de Bataillon, j'ai été
« appelé à connaître le lieutenant Edmond du e Régiment
« de Marche de Zouaves, e Bataillon, d'Octobre 1915 à
« Juillet 1916 et à lui donner mes soins Je puis certifier
« que, jusqu'au début de Juin 1916, je n'ai rien constaté
« d'anormal, ni dans ses actes, ni dans ses paroles : ce n'est
« que peu à peu, sous l'influence des fatigues physiques et
« morales contractées au cours de la campagne, que sont
« survenus quelques troubles cérébraux ayant nécessité son
« évacuation sur un centre hospitalier fin Juillet 1916 (Perte

« de mémoire. Délire de persécution. Périodes d'excita-
« tion) ».

Le Médecin-Major de 2e classe,
Signé : D. Y...

Le 27 Juillet 1916, le Lieutenant Edmond arrive dans le service du Docteur Mignot venant de l'Hôpital Militaire du Val-de-Grâce et accompagné d'un certificat médical concluant à la probabilité de P. G. progressive et à la nécessité de l'internement.

Le certificat des Docteurs Chauffard et Briand est ainsi conçu :

« Le Lieutenant Edmond est atteint de dépression mélan-
« colique avec hallucinations et prédominance d'idées mélan-
« coliques.

« Tentative de suicide récente.

« Appoint éthylique.

« Inégalité et paresse pupillaire.

« Probabilité de P. G. progressive ».

Nous constatons qu'Edmond présente à son entrée à la Maison de Santé un état général défectueux : il est amaigri, son teint est jaune, l'haleine fétide, le foie est gros. Le malade paraît épuisé et surmené depuis des semaines et ne peut dormir.

Au point de vue mental, nous constatons, que le Lieutenant Edmond exprime des idées de persécution, s'imagine qu'on l'accuse de crimes dont il est innocent, que la calomnie se répand, que bientôt on va ajouter foi à ces mensonges et qu'il sera condamné et fusillé.

Des hallucinations de l'ouïe entretiennent les idées délirantes et sous l'influence de l'anxiété, qui en résulte par moments, le Lieutenant Edmond a tenté quelques jours auparavant un suicide par section du cou, dont il porte les traces non cicatrisées si bien que le Docteur Mignot, à son entrée, formule le certificat suivant :

« Le Lieutenant Edmond entré le 27 Juillet 1916 est atteint d'obnubilation des facultés intellectuelles avec idées de persécution.

« Réactions mélancoliques.

« Troubles pupillaires.

« Mauvais état général.

« Tentative récente de suicide.

« A observer ».

Signé : Docteur Mignot.

Pendant les mois qui suivent, le malade conserve ce délire qui ne subit aucun développement et reste stéréotypé dans son expression. Les réactions extérieures sont conformes à la teneur triste des idées exprimées et du caractère pénible des hallucinations; cependant je n'ai constaté ni crises d'anxiété, ni tendance au suicide et assez facilement le malade exprime des idées contradictoires, — symptôme caractéristique de l'existence de lésions cérébro-méningées diffuses.

L'examen somatique aussitôt pratiqué, décèle du myosis avec abolition des réflexes à la lumière.

Les réflexes rotuliens sont normaux.

Les troubles de la parole sont nets surtout à la fin du séjour.

La réaction de Wassermann est positive dans le sang le 5 Août 1916.

La ponction lombaire montre un liquide céphalo-rachidien hypertendu contenant 52 lymphocytes par millimètre cube.

De Juillet 1916, à Mars 1917, l'état du Lieutenant Edmond ne subit aucun changement sensible autre que la progression légère des troubles de la parole.

Le 15 Mars 1917, il est frappé d'un ictus épileptiforme, reste à la suite dans le coma avec mouvements choréiformes, incapacité de déglutir, congestion des poumons, et la mort survient le 17 Mars 1917.

Obs. II.

Résumé. — Brigadier Charles, 37 mois de front.
Coup de pied de cheval en 1915.
Grande fatigue en Janvier 1917.
1er Internement à Dury-les-Amiens.
Transféré à la Maison de Santé le 30 Avril 1917.
Période d'euphorie de 4 mois, puis état démentiel de 4 mois.
Décédé le 24 Novembre 1917.
Durée : 10 mois.

Charles, âgé de 45 ans, marié, père d'un fils de 11 ans. Brigadier du e Régiment de Génie, a été mobilisé dès le 2 Août, au début des hostilités.

De Décembre 1914 à Janvier 1917, le brigadier a fait campagne et dit avoir subi de grandes fatigues.

Il a été blessé le 6 Mars 1915 par coup de pied de cheval à la tête.

La violence du coup aurait été telle qu'il aurait perdu connaissance. De plus, il avait deux côtes fracturées et une plaie superficielle de la face.

A la suite de cette blessure, Charles est hospitalisé jusqu'au 13 Avril 1915 à l'hôpital temporaire de La Flèche.

Retourné au front en Mai 1915, il ne le quitte plus.

En Janvier 1917, il commence à éprouver une grande fatigue.

Vu par le major, il est évacué sur l'Asile de Dury-les-Amiens, d'où il sort le 30 Avril 1917 avec le diagnostic de P. G.

D'après les renseignements de la famille, le brigadier Charles n'aurait rien présenté d'anormal encore en Octobre 1916.

A l'occasion de sa permission, il se serait occupé comme

de coutume à son magasin, et sa femme ne se serait aperçu de rien d'extraordinaire dans son état.

Après passage au Val-de-Grâce, le brigardier Charles entre à la Maison Nationale de Santé muni d'un certificat médical ainsi conçu:

« Le nommé Charles est atteint de P. G. progressive ; conscience très incomplète de sa situation. Hésitation de la parole.

« Myosis et rigidité pupillaire ».

Signé : Dr Briand.

Entré dans le service du Dr Mignot, le diagnostic est établi dans le certificat de vingt-quatre heures suivant :

« M. Charles est atteint d'affaiblissement des facultés intellectuelles avec inconscience de sa situation et troubles paréto-ataxiques »,

Signé : Dr Mignot.

A l'admission je constate que le malade ne présente encore que des signes très atténués d'affaiblissement psychique.

La mémoire est conservée, l'orientation dans le temps et dans l'espace est parfaite.

Il n'existe pas de délire.

Par contre, l'auto-critique est déjà bien diminuée.

La conscience de l'état morbide est nulle.

La satisfaction est telle qu'elle mérite le nom d'euphorie.

Charles ne se rend pas compte de sa situation : il n'exprime aucune inquiétude, ne forme aucun projet.

Ne s'étonne pas du milieu où il se trouve.

Bien qu'il soit instruit et ait donné des preuves d'intelligence et d'activité, il écrit aux siens des lettres enfantines et stéréotypées.

Se désintéresse de tout.

Si la démence est encore peu accusée, les troubles moteurs sont au contraire très développés.

La parole est embarrassée, l'écriture tremblée, les mouvements maladroits.

L'examen oculaire donne les renseignements suivants : les pupilles sont inégales, contractés et n'offrent pas de réaction à la lumière :

P. D. > P. G.

Le 5 Mai 1917, la réaction de Wassermann est positive dans le sang.

En somme, le diagnostic de P. G. s'impose.

L'évolution de la maladie ne fait que confirmer le diagnostic.

Jusqu'au mois de Mai 1917, la marche de l'affection reste stationnaire.

Brusquement, sans qu'il ait cependant eu d'ictus, les troubles mentaux deviennent si accusés, la maladresse et l'impotence telles qu'il faut aliter le malade.

Le trouble de l'écriture devient alors de plus en plus prononcé. Lui qui écrivait tous les jours à sa femme, devient incapable de signer son nom.

Peu à peu nous voyons les troubles moteurs s'accentuer et gagner les muscles de la vie végétative. Il en résulte du gâtisme, de la constipation, de la gêne de la déglutition.

Le 23 Novembre 1917, il y a un petit ictus et l'on constate de la congestion pulmonaire par vaso-paralysie, le cœur s'affaiblit progressivement et la mort survient le 24 Novembre 1917.

Obs. III.

Résumé. — Louis P..., capitaine, 9 mois de front.

Interné le 9 Février 1916.

Après une période d'euphorie de quelques semaines, les signes psychiques et organiques de la méningo-encéphalite atteignent le stade terminal.

Décédé le 5 Mai 1916.
Durée : 3 mois.

Louis P..., 51 ans, capitaine, décoré de la Légion d'honneur et médaillé militaire, est paludéen depuis 30 ans. Il aurait contracté les fièvres au cours de sa carrière militaire et en a conservé un état d'amnésie chronique et d'amaigrissement notable.

On ne signale pas d'habitudes alcooliques ; au contraire, il est très sobre.

Mobilisé depuis le début de la campagne en Août 1914, le capitaine a participé d'une façon active à la guerre actuelle.

Il aurait subi de grandes fatigues et du surmenage.

Le capitaine Louis P..., entre dans le service du Dr Mignot le 9 Février 1916, venant de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce avec un certificat ainsi libellé :

« Le capitaine Louis P..., est atteint de P. G. avec dysar-
« thrie très prononcée datant de 6 mois, affaiblissement
« intellectuel.

« Asthénie musculaire rendant la marche pénible ».

Signé : Dr Briand.

A ce moment, le malade présente un affaiblissement des facultés intellectuelles, manifeste surtout dans l'auto-critique.

Le Capitaine n'a aucune conscience de sa déchéance physique et morale.

Il montre une satisfaction intempestive et prodigue aux étrangers qui l'entourent les marques d'une sympathie exagérée.

Ne se lasse pas de faire des éloges de tous et en particulier du médecin, auquel il s'adresse d'une façon amicale et à qui il manifeste une excessive sympathie.

Il existe déjà tous les signes physiques de la P. G.

Embarras de la parole.

Troubles pupillaires.

Parésie motrice rendant la marche pénible.

L'état général est défectueux, l'amaigrissement accusé et le teint jaune.

L'euphorie constatée pendant les premières semaines du séjour fait place assez rapidement à des idées de persécution.

Le malade se montre irritable, se plaint de tout et de tous ; accuse le personnel de grossièreté, d'indiscipline et de manque de respect, d'une façon injustifiée.

Le capitaine Louis P..., écrit de longues lettres de réclamations et de récriminations. Dans sa chambre, il s'agite toute la nuit, et le lendemain se plaint de l'infirmière qu'il accuse de l'empêcher de dormir alors qu'en réalité sa turbulence trouble le sommeil de ses voisins.

Ci-dessous, l'une de ses lettres :

« Veuillez me permettre de vous rappeler qu'au sujet de ma plainte (10 Mars, je crois) sur le précédent veilleur, vous aviez décidé son départ; ce même jour, ce veilleur avait malgré votre décision couché dans le même lit : un surveillant était près de lui. Je ne le connais pas de nom, mais son signalement se rapporte au suivant : « Cheveux, sourcils, moustache grisonnante, yeux gris, teint coloré, nez fort et un peu gros, bouche moyenne, carré d'épaules, 1 m. 66; 49 ans, Je ne l'ai vu que 10 minutes au plus et ne l'ai plus revu depuis (Je ne sors pas de ma chambre) Ce que m'a fait subir ce surveillant a aggravé l'état de ma santé ; déjà très mauvais avant.

« Veuillez, etc... »

Signé : Capitaine Louis P...

Suivent une série de plaintes :

« Renseignements.

« Pour l'infirmière désignée, elle a aggravé son cas dimanche 19 Mars, 8 h. 5 du soir, disant en ma présence, par 2 fois, au veilleur, qu'il ne devait pas donner l'électricité dans la nuit,

même pour aller aux *cabinets d'aisance*. Je haussais les épaules avec mépris sur la sottise de cette infirmière attendu qu'elle me verrouille depuis le 10 Mars. Il m'est impossible de sentir le contact de cette personne, je prie l'administration de bien vouloir prendre les mesures pour son éloignement. Le motif qu'elle a donné, c'est que le veilleur travaillait le jour et qu'il avait besoin de son repos.

« Quant au veilleur, installé certainement par le surveillant, il s'offrit le luxe de l'électricité jusqu'à 10 heures du soir. Ce singulier veilleur passait son temps à écrire ou lire et faisait du bruit en se déplaçant. Excédé, malade, je lui enjoignai de se coucher derrière la porte verrouillée. Comme il hésitait, je lui criai que je rendrais compte au médecin en chef. Il se coucha immédiatement. Les 2 veilleurs que j'ai eus, étaient pénibles pour ma maladie ».

Au calme du début succède une véritable agitation pénible surtout pendant la nuit.

Les signes physiques de la méningo-encéphalite chronique persistent sans changement.

Dans la nuit du 4 au 5 Mai 1916, le capitaine présente une série d'accès épileptiformes subintrants et succombe à 7 heures du matin.

Obs. IV.

Résumé. — Lieutenant Augustin, 2 ans de front, atteint par les gaz et commotion cérébrale.

Premiers signes de l'affaiblissement des facultés intellectuelles en Juin 1916.

Internement le 14 Août 1916.

Après une évolution rapide dans laquelle tout délire fait défaut, le malade meurt le 7 Septembre de la même année.

Durée : 3 mois.

Augustin, âgé de 41 ans, lieutenant de réserve, marié, père de 4 enfants.

Entré à la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice le 14 Août 1916, avec un certificat des docteurs Briand et Chauffard de l'Hôpital militaire du Val-de-Grâce, ainsi conçu :

« P. G. progressive avec apathie, indifférence et conscience nulle de sa situation.

« Rigidité pupillaire. Hésitation de la parole.

« Gâtisme ».

Après l'entrée et examen par le Dr Mignot, le certificat de vingt-quatre heures suivant est rédigé :

« M. Augustin est atteint d'obnubilation des facultés intel-« lectuelles avec amnésie profonde. Désorientation.

« Troubles paréto-ataxiques ».

Signé : Dr Mignot.

Le lieutenant Augustin prit part à la campagne en Lorraine, dans la Somme et à Verdun.

Il a été commotionné et a subi un bombardement d'une violence extrême au bois de Bourru.

Il n'est pas resté non plus indemne des gaz axphyxiants par lesquels il a été intoxiqué deux fois à Verdun.

Ses camarades se rendent compte qu'il a été fatigué depuis Février 1916; sa femme s'aperçoit de ses premiers troubles en Juin 1916.

Le 14 Août de cette même année, il entra donc à la Maison de Santé de Saint-Maurice, et au premier examen, le lieutenant Augustin est dans un état d'obnubilation intellectuelle, qui le rend incapable de fournir le moindre renseignement.

La désorientation dans le temps et dans l'espace est complète.

L'amnésie étendue.

L'incapacité absolue d'effectuer les calculs les plus simples.

Pas de délire.

Indifférence vis-à-vis de l'entourage.

Pas d'euphorie.

A l'examen oculaire, on constate une abolition des réflexes pupillaires.

Embarras très prononcé de la parole.

Les réflexes rotuliens sont abolis.

La réaction de Wassermann pratiquée le 9 Septembre dans le sang est partiellement positive.

Les jours qui suivent l'internement ne sont marqués que par un affaiblissement progressif de l'intelligence et de l'état physique.

En raison d'une rétention d'urine absolue, on sonde le malade mais la vessie s'infecte rapidement.

Dans les premiers jours de Septembre, les poumons se congestionnent (paralysie vaso-motrice), la température est à 38° le 7 Septembre.

Le lendemain, elle monte à 40° et le malade meurt dans un véritable état de marasme.

Obs. V.

Résumé. — Jules, sergent, 31 mois de front.

Premiers signes de troubles mentaux en Février 1917.

Internement dans le même mois 1917.

Décédé le 6 Février 1918.

Durée : 12 mois.

Le sergent Jules a fait campagne dès le début.

Au mois de Mars 1916, sous Verdun, il est commotionné et enterré dans la vase.

Peu de temps après, en Novembre de la même année, sa femme constate chez lui, au cours d'une permission, un changement de caractère.

En Février 1917, le sergent Jules est évacué des armées et admis à l'Hôpital complémentaire N° 1 d'Evreux où l'on diagnostique la P. G.

Après avoir été soigné dans diverses formations sanitaires — et en particulier dans la salle de neurologie à l'hôpital de Vaugirard, du 7 Septembre 1917 à Décembre 1917 — le malade est placé à la Maison Nationale de Santé le 14 Décembre 1917.

A cette date, tout en restant orienté dans le temps et dans l'espace et bien que ne présentant pas encore de lacunes étendues de la mémoire, le sergent Jules accuse déjà des signes non douteux d'affaiblissement psychique.

Son jugement est amoindri.

La conscience de sa situation est nulle.

Préoccupations hypochondriaques.

Il est triste, sombre.

Le Dr Mignot formule le certificat d'entrée suivant :

« M. Jules, sergent, est atteint d'affaiblissement profond des facultés intellectuelles avec idées hypochondriaques.

« Troubles paréto-ataxiques ».

Signé : Dr Mignot.

La réaction de Wassermann donne un résultat positif dans le sang le 22 Décembre 1917.

L'examen somatique révèle l'existence d'une inégalité pupillaire avec altération des réflexes à la lumière.

Les réflexes tendineux sont exagérés.

La parole hésitante est embarrassée.

La marche difficile.

Rapidement l'état du malade s'aggrave.

L'agitation automatique s'installe de façon coutumière.

On constate aussi des troubles très marqués de l'articulation des mots.

La démence s'accentue.

En Janvier 1918, le repos au lit devient nécessaire.

Les mouvements sont mal coordonnés.

Gâtisme.

Une escharre apparaît à la région sacrée, et le 4 Février, le

sergent Jules a un ictus à la suite duquel les poumons se congestionnent.

La température de 35° le matin monte le soir à 40°.

La mort survient le 6 Février 1918.

Obs. VI.

Résumé. — Georges, soldat, front 2 ans 1/2; enseveli par obus.

Premiers signes de troubles mentaux en Novembre 1916.

Internement au mois de Janvier 1917.

Décès le 7 Avril 1917.

Durée: 5 mois.

Mobilisé le 2 Août 1914. Georges a fait la campagne en Alsace, Belgique et la Somme depuis l'été de 1915.

Un an plus tard, c'est-à-dire en 1916, il a été enseveli par un obus et a subi un commencement d'asphyxie.

Il n'a pas été évacué, mais, dès lors, d'après les renseignements de la famille, il donne des signes d'affaiblissement psychique, dans ses lettres.

En Novembre, au cours d'une permission, sa famille est frappée du changement survenu dans son intelligence.

Quoi qu'il en soit, Georges présente le 4 Janvier 1917, lors de son admission, à la Maison de Santé de Saint-Maurice tous les signes de la P. G. à période d'état, ainsi que le prouve le certificat de vingt-quatre heures suivant :

«M. Georges est atteint d'affaiblissement des facultés intellectuelles avec inconscience. Idées de grandeur.

«Troubles paréto-ataxiques ».

Signé : Dr Mignot.

Au point de vue psychique. — Georges se souvient de l'année, du mois, du jour, mais ne se rend pas compte où il se trouve.

Lit sans intelligence et ne peut rendre compte de ce qu'il a

lu. Manifeste en lisant des troubles de la parole, très accusés, consistant en un achoppement syllabique, très fréquent.

En ce qui concerne le calcul, il exécute correctement une addition, mais ne parvient pas à un résultat pour les autres opérations.

Son intelligence est affaiblie.

Georges présente des idées de satisfaction et de richesse à forme démentielle. Projets grandioses et en même temps absurdes ou ridicules. « J'aurai une comtesse pour femme ». « Je gagne des milliards ».

Au point de vue physique. — Troubles très accusés de la parole avec de fréquentes hésitations.

Tremblement de la langue.

Inégalité pupillaire et altération du réflexe à la lumière.

Exagération des réflexes rotuliens et trépidation épileptoïde.

Démarche un peu incertaine.

La réaction de Wassermann est positive dans le sang le 24 Janvier 1917.

L'évolution de la P. G. affecte dès le début une marche très rapide.

A la fin de Janvier déjà, l'agitation est fréquente, le désordre des actes complet.

Georges déchire tout ce qu'il trouve à sa portée comme vêtements ou literie.

On doit l'isoler.

Il accuse des troubles de la sensibilité générale et prétend que ses vêtements le brûlent.

Ne cesse de crier, chanter et aller et venir.

Insomnie habituelle.

Brusquement le 5 Avril, probablement à la suite d'un ictus passé inaperçu, l'agitation cesse. En même temps, apparaissent des signes de refroidissement et de collapsus cardiaque.

La mort survient le 7 Avril 1917.

Obs. VII.

Résumé. — Nicolas, aide-major, 23 mois de front.

Premiers signes de troubles mentaux au mois de Février 1917.

Internement le 21 Mars 1917,

Période d'indifférence.

Décédé le 2 Mai 1917.

Durée : 8 mois.

Mobilisé au début de la campagne, l'aide-major Nicolas, 40 ans, séjourne 23 mois au front, et malgré les risques nombreux qu'il court, jamais il n'est blessé ni commotionné.

En 1915, il fait une chute d'un train en marche.

Vers le 20 Février 1917, des symptômes inquiétants attirent l'attention de ses camarades. De cette époque, se manifeste un changement dans son caractère qui présente de l'irritabilité. D'autre part, la parole de l'aide-major Nicolas devient moins nette, s'embarrasse légèrement et de temps en temps du bégaiement se présente.

Il semble fatigué.

Sans se rendre compte du changement survenu dans son état de santé, il poursuit ses occupations jusqu'au 13 Mars 1917, date à laquelle il doit être dirigé sur l'Hôpital militaire du Val-de-Grâce.

Après un séjour de 8 jours, il est évacué le 21 Mars 1917 sur la Maison de Santé de Saint-Maurice, avec le certificat suivant des Docteurs Chauffard et Briand :

« Le médecin aide-major Nicolas, est atteint de P. G. progressive avec affaiblissement démentiel, alternatives d'excitation et de dépression, préoccupations mélancoliques et hypochondriaques ,

« Sensiblerie.

« Agitation anxieuse désordonnée par intervalles ».

A son entrée dans le service du Docteur Mignot, Nicolas est excité; le lendemain, nous le trouvons dans un état d'obnubilation telle qu'il ne peut fournir aucun renseignement.

On constate une lenteur du processus psychique avec apathie et dépression.

Inconscience de sa situation.

Malgré son état d'obnubilation, il répond à l'une de nos questions : « Je suis fatigué et non malade ».

Désorientation dans le temps et dans l'espace.

Echolalie.

Au point de vue physique. — Les pupilles sont légèrement inégales, la droite un peu plus grande. Elles sont toutes deux insensibles à la lumière, mais réagissent toutefois à l'accommodation.

La parole est empâtée, l'articulation de la lettre L est défectueuse dans les mots tels, que : artilleur, artillerie.

Réflexes rotuliens abolis.

Tremblement de la langue.

Affaiblissement de la mémoire.

En présence de cet état, le Docteur Mignot n'hésite pas à établir le certificat suivant :

« M. Nicolas est atteint d'obnubilation des facultés intellectuelles avec alternatives d'excitation et de dépression.

« Troubles paréto-ataxiques ».

Signé : Dr Mignot.

Les jours qui suivent sont marqués par la dégradation intellectuelle progressive et par la perte complète du sentiment affectif qui le fait rester complètement insensible aux témoignages de sympathie des siens.

Tout lui semble indifférent.

Nicolas présente des impulsions violentes.

Parfois il entre en fureur.

Puis bientôt, il refuse les aliments.

Mutisme complet.

La réaction de Wassermann, à ce moment, est positive dans le sang (7 Avril).

Insensiblement se présentent, dans la suite, les symptômes de la déchéance physique.

On note une escharre de la région sacrée.

Gâtisme.

Amaigrissement notable.

Les yeux sont excavés.

La température se tient élevée.

Cet état se prolonge durant 15 jours et le malade succombe dans le marasme le 2 Mai 1917.

Obs. VIII.

Résumé. — Auguste caporal, 31 mois de front.
Premiers signes de troubles mentaux en Octobre 1916.
Internement le 17 Décembre.
Décédé le 2 Octobre 1917.
Durée : 12 mois.

Auguste G..., caporal au e Régiment d'Infanterie, entre à la Maison de Santé de Saint-Maurice le 31 Janvier 1917, venant de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce où il avait été transféré de l'Asile Départemental de Dury-les-Amiens.

Le certificat du Docteur Briand est ainsi conçu :

« Le nommé Auguste G..., est atteint de P. G. progressive.

« Idées incohérentes de satisfaction ».

Signé : Docteur Briand.

Le Docteur Mignot porte également le même diagnostic.

Le début de l'affection remonterait à Octobre 1916.

En effet, lors d'une permission à cette époque, la famille

remarque un certain embarras de la parole, des troubles de l'écriture et une grande dépression.

Il est resté 31 mois au front et a été renversé par un éclatement d'obus en 1916.

A la mobilisation, il jouissait comme par le passé, d'une santé parfaite.

Le 17 Décembre 1916, Auguste G..., est évacué sur l'asile de Dury-les-Amiens.

Au moment de son admission à la Maison de Santé de Saint-Maurice, il présente un affaiblissement intellectuel très accusé.

Il est niais, enfantin.

Désorienté dans le temps et dans l'espace.

Ne sait ni le jour, ni la date, ni l'année.

Se montre inconscient de sa situation et exprime un délire absurde de richesse.

« Il ne peut compter sa fortune ». — « Son père a des millions ».

Il présente de l'euphorie : il est enchanté de son séjour à l'Asile, il s'y trouve très heureux.

La lecture et l'écriture indiquent la diminution de son jugement.

Les signes physiques sont : pupilles inégales, réflexes lumineux abolis.

P. D > P. G.

Réflexes rotuliens impossibles à examiner.

Troubles de l'articulation des mots.

Achoppement syllabique.

Parole hésitante.

Tremblement de la langue.

Troubles de l'écriture.

Pas de troubles du côté des sphincters.

La réaction de Wassermann est positive dans le sang le 17 février 1917.

Dans les mois qui suivent, la P. G. évolue d'une façon progressive.

Dès Mars 1917, il existe des troubles de la déglutition par paralysie partielle du pharynx.

Après des alternatives d'agitation et de calme, l'excitation devient habituelle.

Instabilité sur place.

Tire les couvertures sur lui.

Jette le varech de son lit, remue sans cesse et présente du désordre dans les actes.

L'insomnie trouble le séjour au lit.

Auguste G..., s'agite et empêche ses voisins de dormir.

En Juin, apparaissent les infections cutanées si fréquentes chez les paralytiques et qui sont l'indice de l'affaiblissement général de l'organisme et de ses moyens de défense.

Au mois de septembre, se déclare une escharre sacrée et de la rétention d'urine.

Enfin, à la suite d'une attaque épileptiforme, les poumons se congestionnent et la mort survient le 2 Octobre 1917.

Obs. IX.

Résumé. — Félix, Maréchal des Logis, 34 mois de front.
Chute de cheval en Février 1917.
Internement au mois de Septembre 1917.
Décédé le 24 Février 1917.
Durée : 5 mois.

Félix, maréchal des logis d'artillerie, est appelé lors de la mobilisation générale, au début des hostilités.

En Février 1917, il fait une chute de cheval à la suite de laquelle il éprouve une fatigue générale et de fréquentes amnésies.

Evacué en Mars 1917, pour :

« Dyspepsie nerveuse. Dilatation d'estomac », ainsi que le

mentionne le Bulletin d'entrée à l'Hôpital de Saint-Omer ; le maréchal des logis est réformé en Juin.

Il passe dans le service auxiliaire en Septembre 1917 et se voit hospitalisé de suite en raison de son état mental.

Venant de l'Hôpital militaire du Val-de-Grâce, il se présente chez nous sous l'aspect suivant :

A l'examen mental, on reconnaît chez lui tous les signes classiques de la P. G.

Affaiblissement de l'intelligence.

Désordre dans les idées et dans les actes.

Nulle conscience de sa situation et du milieu.

Incohérence des propos.

Désorientation dans le temps et dans l'espace.

Agitation motrice.

Au point de vue organique.

Embarras caractéristique de la parole qui est traînante et accroche les mots d'épreuve.

Les pupilles sont inégales avec altération des réflexes à la lumière.

La réaction de Wassermann est positive dans le sang le 31 Octobre 1917.

L'évolution de la maladie vient confirmer le diagnostic.

Le maréchal des logis Félix se montre de plus en plus troublé et inconscient.

Sa démence s'accentue.

Sous l'influence d'hallucinations de la vue et de l'ouïe qui semblent vouloir évoquer des scènes pénibles de la guerre, il a des réactions et impulsions violentes.

Peu à peu, en raison de l'agitation et de petits ictus, l'état général devient défectueux.

L'embarras de la parole s'accentue et ne devient plus qu'un bredouillement incompréhensible. Cependant avec beaucoup d'attention, on arrive à deviner certains mots dont il parvient à prononcer les premières syllabes, les dernières étant articulées dans un empâtement inintelligible.

Les pupilles sont resserrées.

Aucune réaction à la lumière et à l'accommodation.

Le gâtisme, les troubles vaso-moteurs et trophiques apparaissent et la mort survient dans la cachexie nerveuse et le marasme avec hypothermie (Température 35°,2).

Obs. X.

Résumé. — A... capitaine, 18 mois de front.
Internement le 2 Septembre 1915.
Décès le 21 Janvier 1916.
Durée : 5 mois.

Le capitaine A... entre dans le service du Dr Mignot à la Maison Nationale de Santé le 2 Septembre 1915; le certificat immédiat porte le diagnostic suivant :

« Est atteint d'affaiblissement des facultés intellectuelles avec exaltation morbide; idées de grandeur.

« Troubles paréto-ataxiques ».

Signé : Dr Mignot.

D'après les renseignements, il a pris part à divers combats, fait la retraite de la Marne jusqu'à Provins et exécuté des batailles en Belgique.

D'autres informations sur le malade manquent.

A l'entrée, il est exalté, présente un optimisme morbide et manifeste des idées de grandeur et de richesse : « Je suis comptable de mon dépôt et gagne de 4 à 8.000 francs tous les 8 jours. »

Quelques conceptions ambitieuses : Il fait sauter son lieutenant-colonel. Il va monter au Paradis : « Je suis cousu d'or et j'ai beaucoup d'argent à ma disposition ».

On ne remarque pas de troubles de la mémoire.

Le capitaine décrit avec une précision subtile et un grand

luxe de détails un thème de manœuvre; relate une discussion violente qu'il a eue à ce sujet avec son colonel. Il dépose une plainte, au Ministre de la Guerre contre son chef, et quelques jours après, au cours d'une visite qu'il est allé rendre à sa famille, une auto est venue le prendre pour le conduire au Val-de-Grâce :

« C'est un guet-apens » déclare-t-il.

Au point de vue oculaire : les pupilles semblent inégales; la droite paraît plus grande que la gauche. Toutes deux réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

Réflexes rotuliens exagérés.

Pas de trépidations épileptoïdes.

Démarche normale. Les jambes traînent un peu, semblent légèrement affaiblies.

Le 7 Septembre, il est très excité, proteste contre son maintien à l'hôpital, s'irrite à ce sujet et demande sa liberté.

Un rien le met en colère. En même temps, il a des emportements et se montre agressif et brutal.

Il repousse le repas qu'on lui sert et déclare qu'il veut déjeuner avec les médecins.

Parfois, il entre tout à fait en fureur, et veut frapper les infirmières.

Il a cassé les carreaux et demande un revolver pour fusiller le personnel qui l'a isolé dans une cellule.

A été mis dans le quartier des agités.

Le 14 Septembre, il est de plus en plus excité; se dit empereur et attend la visite du Président de la République pour cette après-midi.

Au lieu de retourner au front, il va entrer à l'Élysée.

Le 22 Septembre, le capitaine est halluciné. Il fixe un point au plafond en gesticulant.

Semble entendre des voix auxquelles il répond.

Parle beaucoup dans sa cellule et tient des discours solennels, à caractère militaire.

Depuis deux jours il est plus calme.

Très fatigué, à la suite de sa grande agitation des jours précédents, il reste dans son lit, et dit ce matin qu'il est Dieu et que tout le monde sera heureux grâce à lui.

A partir de ce moment (Octobre), son état reste stationnaire avec des alternatives d'excitation et de calme.

Au mois de Janvier, il commence à s'affaiblir physiquement en même temps que l'état démentiel devient global.

Il est docile et indifférent à tout.

Par moments, il a de l'agitation sur place.

Il mange voracement et cependant maigrit.

Les troubles des sphincters apparaissent.

Une escharre lombo-sacrée est à signaler, et au bout de peu de temps, le capitaine A... meurt dans l'hypothermie avec 35°9 le soir.

Obs. XI.

Résumé. — Colonel, 30 mois de front.
Premiers signes de troubles mentaux en Juillet 1916.
Internement le 24 Juillet.
Etat d'excitation d'un mois.
Décès le 28 Novembre 1916.
Durée : 4 mois.

Le colonel B... entre à la Maison de Santé le 24 Juillet 1916.

Au mois de Juin 1915, il a fait une grave chute de cheval (foulure des vertèbres coccygiennes) qui a provoqué des troubles sphinctériens pendant 8 jours. Il est resté sans connaissance pendant 25 minutes.

Appartenant à l'Armée Coloniale, il a pris part à divers combats et, entre autre, à toutes les préparations d'artillerie des attaques de Massiges.

En Février 1916, il doit être évacué sur l'hôpital d'Amiens (Clinique Musin, pour « fatigue générale » et proposé pour un congé de convalescence d'un mois.

Le Colonel reprend du service le 8 Avril et reste jusqu'en Juillet au fort de Charenton.

A cette époque, l'amnésie fait son apparition, et il a 3 jours d'arrêt pour ne pas avoir exécuté des ordres reçus relativement à son service.

Le 24 Juillet, il est évacué sur l'hôpital militaire du Val-de-Grâce et hospitalisé le 25 du même mois à l'Asile de Saint-Maurice.

A son entrée, le Colonel présente un état d'exaltation.

Il parle avec volubilité.

Excitation intellectuelle, récite des vers grecs et une poésie française.

Raconte avec détails et beaucoup d'indignation les opérations dans la Somme : « J'ai conduit mon artillerie comme un morceau de musique ».

Discours excentriques.

Se vante de toutes sortes d'exploits.

Générosité : Promet à tout le personnel de lui léguer des millions après sa mort et en attendant donne à chacun une rente de 3.000 francs.

Manifeste des idées orgueilleuses et de grandeur, satisfaction morbide.

Il est euphorique : « Je suis d'une vigueur extraordinaire; je monte à cheval comme un centaure; je suis très fort » montre ses biceps et ses mollets.

Il a une mimique très expressive, une amnésie rétrograde : la mémoire est conservée pour les faits tout à fait récents.

La parole est hésitante, quelques accrocs au cours de la conversation.

Les pupilles sont inégales.

$$P.D'. > P.G.$$

La gauche réagit légèrement sous l'influence de la lumière pendant que la droite reste insensible aux rayons lumineux.

Les réflexes rotuliens sont vifs.

Le 28 Juillet, il se montre un peu plus calme.

Le Colonel manifeste des idées de transformation corporelle : on lui a enlevé le cœur.

Il tient des propos incohérents.

Il se demande s'il n'a pas eu un cauchemar, s'il n'a pas assisté à la Résurrection, s'il n'a pas vu Dieu.

Il demande à s'habiller et à sortir. Il manifeste une conscience très incomplète de sa situation dont il ne se soucie pas d'ailleurs.

Cependant, il conserve quelques idées ambitieuses et paraît surpris de ne pas avoir monté en grade.

Le 5 Août, à l'agitation du début succède une agitation insconciente et des impulsions à la violence. Il a mordu son baigneur grièvement à la main.

Il a des illusions de connaissance, un délire énorme.

Il entend des voix, leur répond.

Se fâche, se met en colère et s'agite jour et nuit.

Brusquement, cet état d'excitation fait place à une accalmie.

Le malade maigrit, reste dans l'état d'obnubilation démentiel pendant deux mois avec incohérence de propos et parole bredouillée.

Se refroidit rapidement : la température descend à 29°5.

Le malade succombe dans le marasme en Novembre 1917 avec une température de 30°8.

Obs. XII.

Résumé. — Colonel J... 24 mois de front.

Interné le 8 Mars 1917.

Décédé au mois de Juin 1917.

Durée : 3 mois.

Mobilisé depuis le mois d'Août 1914, il reste sur le front jusqu'en Mai 1917, date à laquelle il est évacué pour diabète.

Au cours de sa convalescence, il a un ictus et est ramassé dans les rues de Versailles. Amené au Val-de-Grâce où il ne fait que passer, il est dirigé sur Saint-Maurice le 8 Mars 1917.

A l'entrée, on constate un affaiblissement des facultés intellectuelles et une satisfaction accusée : « Combien je suis heureux et content de mon sort ! », dit-il. Il a des idées délirantes de richesse et de grandeur, « Poincaré est mon ami ; je dîne avec lui à l'Elysée ce soir ! » Il a 40.000 livres de rentes par mois.

Le colonel G... présente de la mobilité d'humeur, accuse une certaine instabilité par instants ; il a une conscience incomplète de sa situation, de la graphomanie (écrit depuis son entrée de nombreuses lettres).

Il ne révèle pas de troubles de l'écriture.

Sa parole est un peu hésitante.

A l'examen traumatique, on constate : une inégalité pupillaire, avec réaction faible à la lumière.

Les réflexes rotuliens sont abolis.

Le mois de Mai est marqué par une excitation maniaque avec agitation persistante à exacerbations nocturnes. Il parvient à détacher les liens qui le maintiennent au lit.

Il est satisfait et manifeste un certain optimisme avec idées orgueilleuses.

L'état euphorique existe chez lui d'une façon habituelle, et au cours de son agitation il s'arrête lorsqu'il nous aperçoit le matin à la visite pour nous sourire et nous tendre la main, et manifeste ainsi son contentement.

Au commencement d'Avril, l'état maniaque persiste mais l'agitation est moins violente. La réaction de Wassermann pratiquée à ce moment est négative dans le sang.

A la fin d'Avril le calme est revenu mais l'affaiblissement des facultés intellectuelles est marqué. Le malade ne s'intéresse à rien et ne parle que de manger et de boire : il demande des gâteaux, du café ; la gourmandise existe. Les

gâteries que sa famille lui apporte sont dévorées d'un seul coup.

En fin Mai, le malade est calme, dément, indifférent à ce qui l'entoure ; il ne pense pas aux siens et ne se soucie pas de ses intérêts personnels.

Les signes physiques sont marqués : la parole est lente et très embrouillée, il a de la dysarthrie.

La langue est tremblante : la démarche est lourde, embarrassée. Il y a de la parésie.

Les pupilles inégales sont sans réaction à la lumière.

Vers la fin du mois de Mai, la démence s'accentue. Le malade devient de plus en plus indifférent et apathique ; il tombe complètement dans la vie végétative. Il ne prend aucun soin de sa personne ; le gâtisme s'empare de lui.

La faiblesse physique devient générale, les mouvements sont lents et mal coordonnés. Les réponses deviennent difficiles et incohérentes. La parole est traînante et empâtée.

Le malade maigrit ; il a des troubles pharyngés. En fin de compte, le colonel tombe dans le marasme et succombe en Juin 1917.

CHAPITRE IV

Nous ne voudrions pas quitter cette étude faite pendant la guerre sur des cas de P. G. contractée au cours des hostilités sans donner notre opinion sur la réforme de ces malades. La question a été envisagée de façon très différente; cela tient à ce que les auteurs ne sont pas absolument d'accord sur les origines de cette affection.

M. le Prof[r] Dupré dit que : « vis-à-vis de la méningo-encéphalite, la guerre joue le rôle étiologique secondaire et occasionnel d'un agent le plus souvent révélateur, parfois accélérateur et le plus rarement aggravateur. »

. . . . . .

D'étiologie antérieure et extérieure à la guerre, la P. G. dans la majorité des cas est révélée par l'inadaptation du paralytique à la nouveauté et aux difficultés du milieu et des fonctions de guerre, qui troublent son automatisme et dévoilent sa déchéance. Dans des cas moins fréquents mais encore communs, elle est accélérée dans son évolution par les *traumatismes*, le *sur-*

menage, *l'alcoolisme*; enfin dans des occasions plus rares, elle est aggravée dans son intensité et son cours par les mêmes facteurs étiologiques, surtout par les violents traumatismes cérébraux directs ou émotionnels.

M. Lépine, lui, fait les plus expresses réserves sur l'origine exclusivement syphilitique de la P. G.

« La P. G. n'est pas uniquement de la syphilis : c'est de la syphilis, plus quelque chose qui nous est inconnu, mais qui n'est sans doute ni un virus particulier, ni uniquement un terrain constitutionnellement préparé. Les traumatismes comme M. Régis, entre autres, l'a bien montré, les surmenages physiques, intellectuels et moraux, l'insomnie sont des éléments dont l'observation clinique ne peut méconnaître la valeur. »

Si la P. G. était due uniquement à la syphilis, une question au point de vue médico-légal se poserait immédiatement : c'est celle que M. le Prof[r] Dupré résume par les idées de révélation, d'accélération et d'aggravation dues au milieu créé par l'état de guerre.

Mais est-il certain que la syphilis soit l'unique substratum de la P. G. D'après M. Régis, il y aurait 5 p. 100 des paralytiques généraux chez lesquels on ne pourrait pas retrouver d'antécédents syphilitiques. Il est donc possible que l'on soit en droit de conserver parfois un doute sur la cause de la P. G. chez les combattants...

M. le docteur Paris a vu dans les *fatigues*, dans les *traumatismes moraux* et dans les *intoxications* des causes occasionnelles au moins adjuvantes de la maladie.

Il est donc possible que dans le milieu des combattants

on soit mis en présence de causes exclusivement dues à la vie guerrière, ce qui offre, à nos yeux, un second point de vue médico-légal.

En troisième lieu, le nombre des P. G. est infime par rapport aux syphilitiques; c'est ainsi que Mott évalue à 2 p. 100 environ le nombre des syphilitiques chez qui apparaît ultérieurement la P. G. Du moment que tous les syphilitiques ne deviennent pas des P. G., qu'il y en a même une infime proportion, il est de toute nécessité d'admettre chez ceux-ci l'existence d'une cause qui localise l'action de la syphilis sur le cerveau et encore en y produisant les lésions de la méningo-encéphalite diffuse.

Pourquoi dès lors ne pas tenir compte des émotions qui provoquent des troubles vaso-moteurs fréquemment répétés sur le même substratum nerveux des combattants?

D'après les différentes hypothèses que nous venons d'envisager, est-il nécessaire pour admettre le malade à la réforme n° 1 « que l'aggravation de l'infirmité ou de la maladie en cause soit mise formellement en lumière définie. »

Ne pouvons-nous pas nous ranger à l'avis de M. Laignel-Lavastine. D'après ce dernier, la certitude du rôle nul de la guerre doit entraîner la réforme n° 2, s'il existe, au contraire, le moindre doute, et ce doute pour l'auteur n'est pas douteux; il doit profiter au malade.

Une quatrième hypothèse peut encore être envisagée : c'est celle qui a été défendue par M. Delmas à la Société clinique de Médecine mentale (Séance du 7 Juillet 1917) qui consiste à exclure la P. G. de tout droit à une

réforme n° 1, sauf en cas de traumatisme encéphalique grave, survenu antérieurement aux premières manifestations morbides.

En effet, d'après les chiffres statistiques fournis par M. Delmas et que nous avons cités déjà, il résulte que la P. G. ne s'est pas montrée augmentée de fréquence chez les mobilisés et que, par conséquent, la guerre ne semble avoir eu aucune influence sur son éclosion.

D'après M. Delmas, il n'existe pas un seul fait concernant soit la fréquence de l'affection, soit la durée de son incubation, soit enfin l'apparition des formes générales qui permettent d'incriminer en quoi que ce soit la guerre dans le développement de la P. G.

M. Delmas semble dénier toute influence à la guerre sur l'éclosion ou l'aggravation de la P. G. Il existe cependant un *quid ignotum* qui crée une sélection parmi les syphilitiques et favorise chez un certain nombre d'entre eux l'éclosion de la P. G. Doit-on considérer cet élément inconnu comme négligeable, l'alcoolisme n'est-il pas un facteur important d'intoxication sur le Front, n'offre-t-il pas un caractère de fatalité par le genre d'existence auquel est soumis le soldat? Déjà lors de la guerre russo-japonaise, les constatations des médecins russes nous ont fait connaître que parmi les officiers (chez lesquels la syphilis est répandue, ainsi que l'alcoolisme) la fréquence des cas de P. G. sous l'influence de la guerre ne fut pas douteuse.

Sa fréquence et sa virulence semblent donc trouver un milieu favorable de culture du fait de la vie guerrière. Cependant vouloir ranger la participation active à la

guerre parmi les causes qui contribuent à provoquer la P. G., c'est avancer un fait incomplètement démontré, mais, du moins, il y a là une présomption que confirme en particulier l'évolution exceptionnellement rapide de la maladie chez les combattants.

CONCLUSIONS

I. — Chez les combattants, la paralysie générale affecte le plus souvent une évolution anormalement rapide au point que la maladie peut parcourir toutes ses étapes en un an environ.

II. — Du point de vue clinique, la paralysie générale des combattants se distingue de la paralysie générale ordinaire par les traits suivants :

a) Le délire d'imagination et les idées mégalomaniaques habituellement si riches sont exceptionnels.

b) La maladie passe sans transition de la période confusionnelle du début à la période démentielle, avec gâtisme et escharres de la fin.

c) Les rémissions fréquentes et parfois si longues, de la paralysie générale habituelle ne s'observent qu'exceptionnellement.

III. — Les fatigues, les émotions, le surmenage, les intoxications, surtout les commotions, enfin toutes les conditions défectueuses d'hygiène surtout inhérentes à la vie du soldat et de l'officier en campagne représentent des

facteurs d'apparition rapide, d'accélération et d'aggravation de la maladie.

Du point de vue militaire, la paralysie générale peut donc être considérée, dans ces conditions spéciales, comme une maladie aggravée par le service.

Vu ; le Président,
DUPRÉ

Vu : le Doyen,
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Anthaume et Mignot.

Arnaud. — *Période terminale de la P. G.* (1897).

Baillarger. — De la découverte de la P. G. et des doctrines émises par les premiers auteurs (in *Ann. méd. psycho.*) 1859-1860.

— *Recherches sur les maladies mentales*, 1830.

Beau. — P. G. aiguë (*Arch. gén. de médecine*, 1852).

Bayle. — *Sur l'arachnitis chronique.* Thèse de Paris. 1822.

Bra. — *Manuel des maladies mentales*, 1883,

Brassert (Illeneau). — Ein bemerkenwerther Fall von Sogennaunter galopirender Paraly. (*All. zeitsch. f. Psych.* LLV. (5 fév. 1899).

Brouardel. — Leçons sur la P. G. (*Mouvement médical*), 1874.

Buccelli. — P. G. galopante (*Ac. de méd. de Gênes*, 24 Avr. 1899).

Buchkolz. — Ueber die acut Verlaufenden Erkraukiengen au Dementia paralytica (*Arch. f. psych.* Band. 36, 1902).

Calmeil. — Art. P. G. du *Dictionnaire de méd.* en 30 volumes 1841.

— *De la P. G. considérée chez les aliénés*, 1826.

Camuset. — *Ann. méd. psych.*, 1891.

Christian. — *Soc. méd. psych.*, Fév. 1898.

Christian et Ritti. — Art. P. G. du *Dictionnaire encyclopédique.*

Cullere. — *Traité pratique des maladies mentales*, 1830.

Dagouet. — *Traité des maladies mentales.*

Daveau. — *Observations sur la P. G. observée à Charenton.* Thèse de Paris, 1830.

Devaux (A.) et J. B. Logre. — *Les anxieux*, 1917.

Doré. — *La mort dans la P. G.* Thèse de Paris, 1898.

Drouet. — Diagnostic de la P. G. (*Ann. méd. psy.*, 1871).

Duflos. — *La ponction lombaire en psychiatrie.* Thèse de Paris, 1901.

Dupré. — Art. P. G. in. *Traité de* Gilbert-Ballet, 1903.

— La constitution émotive (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 2 Avril 1918.

Fabret. — *Recherches sur la folie.* Thèse de Paris, 1873.

— *Etude clinique sur les maladies mentales et nerveuses.*

Foville. — Art. P. G. dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie.*

Hoelbronner. — Ueber Kraukheit in und Sodes ursachen neude progr. paraly. (*All. Zeitsch. für Psych.*, 1894).

Henri. — Thèse de Bordeaux (Cité par Dupré).

Joffroy et Mignot. — *De la paralysie générale.*

Kirchhoff. — *Lehrbuch. des Psychiatr.*, 1892.

Kraft Ebing. — *Ibidem.*

— *Traité de Psychiatrie* (Trad. Laurent).

Kræpelin. — *Arch. f. psych.*, 1893.

— *Psychiatrie*, 1899.

Leuret. — *Du diagnostic de la P. G. des aliénés*, 1847.

Linas. — *Recherches cliniques sur les questions les plus controversées de P. G.* Thèse de Paris, 1857.

Lunier. — *Ann. méd. psych.*

Magnan. — *Note sur les attaques spinales épileptiformes ou convulsives et apoplectiformes avec élévation de température dans les cas de P. G.*

Magnan et Sérieux. — *La P. G.*

Marandon de Montyel. — La mort aux trois périodes de la P. G. (*Rev. Méd.*, 1898)

Marcé. — *Traité des maladies mentales*, 1862.

Mendel. — *Die progressive Paralysie des Irren.*, Berlin 1880.

Mingazzini. — De la P. G. précoce (*Monatsch. f. Psych. neurolog.*)

Parant. — De la suractivité intellectuelle sans délire ni démence dans la période prodromique de la P. G. (*Ann. Médico-Psych.*, 1887).

Parchappe. — *Traité théor. et pratique de la folie.*

Parchappe, Ferrus, Delasiaux, Baillarger, G. Pinel, Belhomme, etc. — Discussion sur la P. G. à la *Société Méd. Psych.*, 1858-1859.

Régis. — *Manuel pratique de médecine mentale*, 7e Edition.

— *Discussion sur le délire aigu* (Limoges, 1901).

Rogues de Fursac. — *Manuel de Psych* , 1903.

Schüle. — *Traité clinique des maladies mentales*, 1888.

Trélat. — P. G. galopante (*Ann. Psych.*, 1853).

— De la P. G. (*Ann. Méd. Psych.*, 1855).

Vallonu. — *De la rémission dans la P. G.*

Voisin. — *Traité de la P. G. des aliénés*, 1879.

Widal et Sicard. — De la ponction lombaire. (*Traité* Charcot Bouchard).

COULOMMIERS
Imprimerie Dessaint et Cie.